

Hace 25 años

Estreptococias neonatales. I. Revisión Estreptococias neonatales. II. Aportación casuística de presentación precoz*

G.D. COTO, C. ALFARO, B. GIL, J. LÓPEZ SASTRE, M. CRESPO

REVISIÓN

En la revisión publicada se transmite la preocupación creciente que existe en la neonatología por las infecciones causadas por estreptococo, en ese momento de grupos B y D, con dificultad para poder diferenciar entre sí los dos tipos. En aquel momento ya se recogían frecuencias entre 1-3/1.000 RN, y que alcanzaban ya en varios centros la preocupante cifra de 5/1.000.

Las formas clínicas, precoces y tardías, son múltiples y preocupa la elevada presencia de sepsis, meningitis y neumonía, con un distrés muy común. Charlas y cols. (1979) recogen varios casos de neumonía con radiología similar a la de una membrana hialina. Se habla de una mortalidad oscilando alrededor del 50% y que llega a ser del 80% en los prematuros. El diagnóstico se intenta facilitar con técnicas inmunológicas (inmunoelectroforesis contracorriente y aglutinación en látex), pero los cultivos eran la prueba definitiva.

En aquellos momentos se comienzan a discutir sistemas de prevención, aunque algún autor aún no estuviera convencido de la relación entre colonización materna e infección neonatal. La sistemática más propugnada es un hacer frotis vaginal sistemático a todas las embarazadas y tratar a las mujeres positivas con una solución antiséptica local. Otros recomiendan tratar con una inyección única de penicilina a los RN de riesgo, aunque el peligro de resistencias múltiples que esta práctica entrafía también se señala.

TRABAJO ORIGINAL

Coto y cols., presentan la casuística recogida en el Hospital Materno-Infantil Ntra Sra de Covadonga, de Oviedo durante 3 años (1978-81). Se restringe a formas precoces y son en total 8 casos (4 varones y 4 mujeres), lo que supone un 0,5/1.000 RN. Merece ser resaltado que 6/8 casos fueron prematuros. El diagnóstico siempre fue bacteriológico, con 4 casos de EGD, 2 EGB y otros 2 sin tipificar.

En la clínica predominó el distrés respiratorio con fiebre y acidosis (75%), siendo otros síntomas comunes las apneas, irritabilidad, ictericia y apatía. En 3 casos hubo convulsiones y en otros 3, diarrea; se constató *shock* en 2 niños. Las complicaciones más graves fueron meningitis (2 casos) y coagulación intravascular diseminada (1 caso). La evolución, acorde con otras estadísticas, fue mala y fallecieron 4 casos; 2 a las pocas horas, 1 a los 2 días y 1 a los 7 días de vida. En los 2 casos en los que se autorizó la necropsia aparecieron lesiones importantes, con meningitis y neumonía en uno, y neumonía y membrana hialina en el otro.

Como los autores señalan, su frecuencia es inferior a la publicada hasta entonces en otros países. El factor de riesgo más común fue la hipoxia intraparto sin causa obstétrica aparente; por el contrario no hubo antecedentes de rotura precoz de bolsa, que es habitual para otros autores. En base a la experiencia obtenida, los autores recomiendan uti-

*Bol Soc Cast Ast Leon de Pediatría 1981; 22: 55-64 y 65-77

lizar el protocolo diagnóstico de Sosenko y cols. que es incluido en la revisión. Se basa en el reconocimiento del riesgo según 10 criterios clínicos, realizando en los identificados una tinción de gram en aspirado gástrico.

COMENTARIO

Nos encontramos ante un amplio artículo, dividido en dos partes, una revisión teórica del tema y una aportación original basada en la experiencia personal. Es un esquema de publicación científica muy usado y demandado en tiempos anteriores, en los que no existía la facilidad de acceso a la información que ahora hay. Los autores, que realizaban un importante esfuerzo de búsqueda bibliográfica, ponían ese trabajo a disposición de los lectores. En otras ocasiones, era el propio editor, o un autor independiente, el que escribía la revisión acompañante.

En los 25 años que nos separan de la publicación de Coto y cols. la infección neonatal por EGB aumentó considerablemente en España y, como se esperaba, se alcanzaron las mismas tasas que en otros países (1-3/1.000 RN). Sin profilaxis, el 40-70% de las mujeres infectadas transmiten el EGB a sus hijos, calculándose en un 10-18% las embarazadas con infección recto-vaginal en nuestro medio, aunque varía según áreas geográficas y medio social. Por supuesto, en estos 25 años también se instauró una profilaxis, eligiéndose un cribado universal con profilaxis selectiva intra-parto. El éxito de la profilaxis fue importante y la incidencia de EGB neonatal bajó 4 ó 6 veces, hasta quedar en alrededor del 0,5/1.000 RN; curiosamente se volvió a la misma tasa que hace 25 años presentaba el Hospital Ntra. Sra. de Covadonga, ahora H. Central de Asturias.

El principal problema que persiste, tras la era de la profilaxis, es la dificultad para mejorar los resultados y poder así rebajar esa cifra de 0,5/1.000 RN. En principio, parece

llamativo puesto que se dispone de un método sencillo, barato y eficaz. Además, es aparentemente fácil conseguir la necesaria cobertura. Sin embargo, los resultados son tercos y resistentes. A tenor de las publicaciones, esta experiencia es la común en todos los países.

Una parte considerable de los actuales casos de EGB neonatal corresponde a hijos de madres que se estudiaron y resultaron negativas. Para disminuir estos "falsos negativos" hay que mejorar la técnica de los cultivos, pero también son posibles las infecciones maternas después de haberse hecho. Sería bueno disponer de algún sistema de detección EGB rápido y sensible, que permitiera un cribado efectivo más cercano al parto. De momento se intentan mejorar los resultados incluyendo casos de alto riesgo, p.ej., prematuros pero, definitivamente, incluir casos identificados por el riesgo no es suficiente. A la espera de una vacuna conjugada contra el EGB, lo que parece cercano, es preciso implementar medidas para mejorar la actual profilaxis, actuando sobre las situaciones asintomáticas, carentes de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Cueto López. Estreptococo del grupo B y embarazo. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; **29**: 133-7.
2. Puopolo KM, Madoff LC, Eichenwald EC. Early-onset group streptococcal disease in the era of maternal screening. *Pediatrics* 2005; **115**: 1240-6.
3. Pinto NM, Soskolne EI, Pearlman MD, Faix RG. Neonatal early-onset group B streptococcal disease in the era of intrapartum chemoprophylaxis: Residual problems. *J Perinatol* 2003; **23**: 265-71.
4. Brozanski BS. Prevention of early-onset GBS sepsis: Evaluation of a changing paradigm. *J Perinatol* 2003; **23**: 263-4.
5. Baker CJ, Edwards MS. Group streptococcal conjugates vaccines. *Arch Dis Child* 2003; **88**: 375-8.

Alfredo Blanco Quirós